UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1955 — N° 185

Luxation congénitale de la hanche chez le grand enfant :

Résultat éloigné du traitement orthopédique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 2 Décembre 1955

par

André LASSALLE

Né le 31 Mars 1929 à CARCEN-PONSON (Landes)

Externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine du Travail

Examinateurs de la Thèse :

MM. POUYANNE, professeur — *Président*
FONTAN, professeur
VERGER, agrégé — *Juges*
VILLAR, agrégé

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547308_0045

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1955 — N° 185

Luxation congénitale de la hanche chez le grand enfant :

Résultat éloigné du traitement orthopédique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 2 Décembre 1955

par

André LASSALLE

Né le 31 Mars 1929 à CARCEN-PONSON (Landes)

Externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine du Travail

Examinateurs de la Thèse :

MM. POUYANNE, professeur — *Président*
FONTAN, professeur
VERGER, agrégé — *Juges*
VILLAR, agrégé

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1955

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS. — ASSESSEUR : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N.
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSÉ
Clinique d'accouchements	M. RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIECHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	J. GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	G. PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD
	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
	QUILICHINI
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LÉVY
	MORETTI
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT
	DAVID-CHAUSSE
	J. RIVIÈRE
Chirurgie générale	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Ophtalmologie	BESSIÈRE
	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
	M. PORTMANN
Dermatologie et shyphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Puériculture	VERGER
	PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR
	CHAVANNAZ
	TINGAUD
	LAPORTE
	DARMAILLACQ

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'ÉPÉE
Séméiologie médicale	LAVIGNOLLE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LÉVY
	MORETTI
	DAVID-CHAUSSE
	RIVIÈRE
	MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 Août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considé comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Ce faible témoignage de ma reconnaissance.

A NOS MAITRES DE L'EXTERNAT

Qui nous ont appris la médecine
au lit du malade.

Successivement :

M. le Professeur BEAUVIEUX

M. le Docteur LAFARGUE

M. le Professeur L. POUYANNÉ

M. le Docteur MASSIERE

M. le Docteur COURBIN (†)

M. le Professeur Agrégé J.-J. DUBARRY

M. le Docteur M. TRAISSAC

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur Agrégé VILLAR

Agrégé de Chirurgie Générale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier d'Académie,

Monsieur le Professeur agrégé VERGER

Agrégé de Puériculture,
Médecin des Hôpitaux,
Officier d'Académie,

Monsieur le Professeur FONTAN

Professeur de Clinique Médicale des Maladies des Enfants,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction Publique,
Commandeur du Nicham El Iftikhar,

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur Louis POUYANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier d'Académie,

Qui a bien voulu présider notre thèse.
Nous lui exprimons toute notre gratitude pour la haute valeur de son enseignement et pour sa bienveillance.

INTRODUCTION

Le 5 juillet 1955, l'Académie Nationale de Médecine adoptait à l'unanimité le vœu de M. Pouliquen, demandant le dépistage dès la naissance et le traitement précoce de la luxation congénitale de la hanche.

A cette époque, à l'Hôpital des Enfants de Bordeaux, nous commençions à revoir des malades qui, moins heureux, furent traités à l'âge de 6, de 8 et même de 12 ans. Toutefois, en compulsant les archives du Service d'Orthopédie, nous avons constaté que cette catégorie de malades tend à devenir historique car, si nous en avons trouvé 74 en vingt ans (de 1920 à 1940), dans les dix dernières années, dix seulement ont été traités après l'âge de 5 ans.

La plupart des statistiques parlent des luxations réduites jusqu'à l'âge de 3 ans. Certaines se risquent jusqu'à 5 ans. Bien peu ont été au-delà. Citons : Papin (134 hanches traitées par Denuce), Nove-Josserand (21 hanches après 6 ans), H.-L. Rocher (en 1927), Faugeron (10 hanches au-dessus de 5 ans), Aimes (18 hanches réduites par Nove-Josserand).

D'autre part, ces statistiques parlent surtout de résultats immédiats, en fin de traitement ou peu après; soit parce qu'elles ont paru très tôt (Papin 1919, Nove-Josserand 1921, Rocher 1927), soit parce qu'il est bien difficile de faire revenir des malades longtemps après leur traitement.

Notre but n'est pas de produire ici un travail définitif. D'autres plus qualifiés que nous le feront avec plus de bonheur. Nous avons voulu apporter un document précis sur cette catégorie de malades qu'on rencontre de moins en moins et dont parlent si peu les statistiques.

Notre travail porte sur une quarantaine de cas, alors que

les statisticiens estiment qu'une trentaine est déjà suffisante pour obtenir des résultats statistiques valables. Mais le gros écueil de ce genre de travail (comme de bien des statistiques médicales d'ailleurs) est dû au fait que nous n'avons pas une « population » homogène. En effet, nous apportons des luxations unilatérales et bilatérales, traitées à des âges variables (6, 7, 8, 12 ans) avec des reculs allant de 15 à 35 ans, et nous chiffrons leurs résultats sans dissocier ces multiples facteurs qui se compénètrent, car nous aurions dû fragmenter chaque groupe à l'extrême.

C'est pourquoi, pour ceux que cette méthode de travail peut choquer, nous produisons au chapitre II le résumé des observations de tous ces malades. Ils pourront donc en tirer des faits précis, se rapportant à des malades précis.

Nous avons convoqué tous les luxés traités, avec un minimum de quinze ans de recul. Tous ceux qui se sont présentés ont été examinés et radiographiés dans le Service d'Orthopédie. Nous avons eu la chance d'avoir à notre disposition une cotation rigoureuse et une terminologie précise (celles du rapport Meary et Gourdon à la 29e réunion annuelle de la Société Française d'Orthopédie), et surtout les dossiers remarquables, soigneusement classés et tenus à jour, que M. le Professeur Pouyanne mit à notre disposition dans le Service d'Orthopédie de l'Hôpital des Enfants de Bordeaux, provenant presque tous de la pratique de M. le Professeur H.-L. Rocher, qui a occupé ce service pendant vingt-cinq ans.

CHAPITRE PREMIER

LA STATISTIQUE

Quelques chiffres.

Notre statistique s'étend de 1920 à 1940, soit une période de vingt ans. Le recul minimum sera donc de quinze ans, le recul maximum de trente-cinq ans. Nous n'avons pu aller au-delà, faute de documents précis, car bien des radiographies sur plaques de verre ont été brisées, et d'autres sur films se sont décolorées.

Pendant cette période, 74 malades (102 hanches) ont été traités dans le Service d'Orthopédie après l'âge de 5 ans. Mais sur ces malades, il y a eu quatre réductions sanglantes et huit butées d'emblée que nous éliminerons.

Restent 63 **malades,** totalisant 88 **hanches,** qui ont été traités orthopédiquement. Mais ce chiffre n'allait pas tarder à s'amenuiser.

Retour à l'envoyeur : 23 hanches (13 unilatérales et 5 bilatérales), soit 26 %. Evidemment, en trente-cinq ans, bien des adresses ont dû changer. Des noms aussi, d'ailleurs, puisque la plupart étaient des filles qui doivent être mariées (alors que tous les garçons convoqués ont pu être atteints par nos lettres). Toutefois, ce facteur ne dépendant que du hasard ne doit pas fausser notre statistique.

Pas de réponse : 21 hanches (9 unilatérales et 6 bilatérales), soit 24 %. Ces malades ont reçu au moins deux lettres

et n'ont pas jugé utile de se déranger, ni même de nous répondre. Il est probable que des signes fonctionnels accusés les auraient rendus au moins loquaces. Aussi nous pensons que notre statistique aura par leur faute une note pessimiste.

Décès : une malade (luxation bilatérale), soit 2 % environ.

Restent donc : 29 **malades** totalisant 49 **hanches** (soit 48 %) que nous allons examiner.

Quelques définitions.

1° **Mode de traitement.** — Exécuté dans la plupart des cas par le Professeur Rocher lui-même.

a) La réduction. — Chez ces grands enfants, elle a été faite par la partie postéro-inférieure du cotyle, la plupart du temps. Facile ou difficile.

b) La contention : 6 mois. — Facile ou difficile. Habituellement :

— Plâtre en première position : abduction 110°, légère flexion (environ 10°), légère rotation interne. Durée : 3 mois.

— Plâtre en deuxième position : abduction 45°, rotation interne à 45° et extension. Durée : 3 mois.

c) Traitement post-réductionnel :

— Massages, mobilisation, air chaud.

— L'enfant est mis dans une gouttière de bois pendant trois mois, permettant le rapprochement progressif des membres.

— Puis tricycle, bicyclette.

— Puis marche : un an au moins après le début du traitement.

d) Si malgré tout le cotyle est incontinent (menace de récidive), on fait une butée.

Seuls, les détails différents qui ont permis d'adapter ce

traitement à chaque cas particulier, seront signalés dans les observations.

2° **Types anatomo-cliniques** (Meary et Gourdon) :

A) Luxations typiques.

— Subluxations : contact partiel des surfaces articulaires : 5 hanches.

— Luxations : perte de tout contact des surfaces articulaires : 35 hanches.

a) Basses : angle inféro-interne du col au-dessous de la ligne des cartilages en Y (10 %).

b) Moyennes : angle inféro-interne du col entre la ligne des cartilages en Y et le bord supérieur du cotyle (40 %).

c) Hautes : angle inféro-interne du col au-dessus du bord supérieur du cotyle (30 %).

B) Luxations deja traitées : 2 hanches.

C) Luxations atypiques : 0.

3° **Cotation utilisée** (Meary et Gourdon) :

A) SIGNES FONCTIONNELS (= 100).

a) Douleur : pas de douleur = 40. Douleur exceptionnelle = 30, douleur au changement de temps ou à la fatigue = 20, douleur vive si activité prolongée = 10, douleur vive même la nuit = 0.

b) Fatigue : aucune = 20. Après marche prolongée = 15, en fin de soirée = 10, obligeant au repos le jour = 5, obligeant au repos après plus de 500 mètres = 0.

c) Activité : pas de restriction = 40, évite les marches prolongées = 30, évite la station debout prolongée = 20, restreint la marche au maximum = 10, ne peut sortir de chez lui = 0.

B) SIGNES PHYSIQUES (= 100).

a) Mobilité (= 60).

— Flexion extension (145 + 10) = 155 × 0,4 = 62.

— Abduction-adduction (40 + 30) = 70 × 0,3 = 21.

— Rot. int.-rot. ext. (50 + 35) = 85 × 0,2 = 17.

On multiplie le tout par 0,60.

b) Claudication : aucune = 20, intermittente = 15, discrète = 10, marquée = 5, importante = 0.

c) Force musculaire : normale = 10.

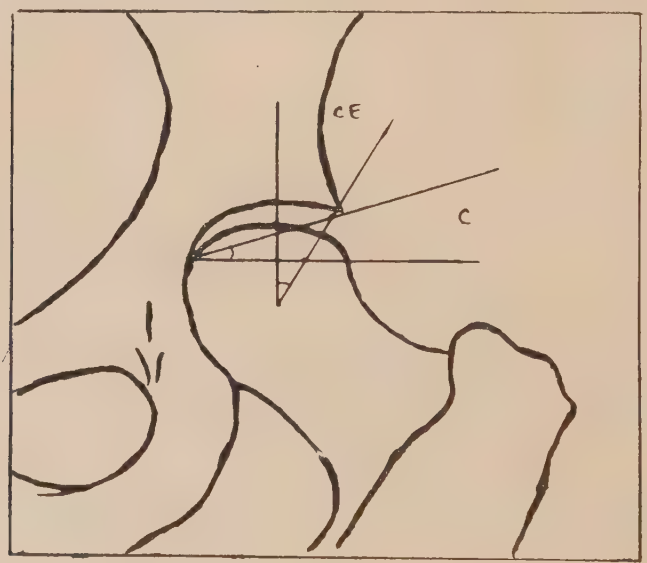
d) Raccourcissement : aucun = 10 (0,5 de moins par centimètre).

C) SIGNES RADIOLOGIQUES (= 100).

a) Modification de la tete :

— Taille : normale = 5, plus petite = 2,5, plus grande = 0.

— Forme : normale = 20. On diminue suivant les irrégularités.



b) Modification du col.

— Antéversion inférieure à 30° = 5, de 30 à 45° = 2,5; plus de 45° = 0.

c) Modification du cotyle. — On mesure l'angle C de Hilgenreiner formé par la ligne qui va de l'angle externe du toit à la partie la plus externe du cartilage en Y, et par l'horizontale. Chez l'adulte, ce repère ayant disparu, on joint le bord externe du toit au point où le cotyle vertical change de direction.

Moins de 20° = 20. On enlève un point par degré au-dessus de 20.

d) Valeur de l'appui (angle C.E. de Wiberg). — Angle formé par une verticale partant du centre de la tête et par la ligne qui joint ce point à la partie la plus externe du cotyle.

Au-dessus de 20° = 50 points. On enlève un point par degré au-dessous de 20.

Appréciation des résultats.

Excellent. — Signes radiologiques : 100; signes fonctionnels et signes physiques normaux.

Bon. — S.R. : entre 90 et 100; S.F. et S.P. : normaux.

Assez bien. — S.R. : 70 à 90; S.F. et S.P. : troubles mineurs.

Médiocre. — S.R. inférieurs à 70, ou S.R. supérieurs à 70 si S.F. et S.P. accusés.

Mauvais. — Echec complet. S.R. au-dessous de 50 S.F. et S.P. accusés.

Résultats globaux. — Ils portent sur vingt-neuf malades totalisant 42 hanches. Ils sont schématisés dans le tableau suivant (à l'exception de deux hanches qui n'ont pas subi un contrôle radiographique).

Assez bien	10 hanches	soit 25 %
Médiocre	8 hanches	soit 20 %
Mauvais	22 hanches	soit 55 %

Les mauvais résultats se divisent en :

— Mauvais résultat anatomique et fonctionnel : 14 (35%).

— Reluxations : 5 (12,5 %).

— Butées secondaires : 3 (7,5 %).

Ces résultats paraissent assez décevants à côté des diverses statistiques parues sur des luxations traitées orthopédiquement. Il est vrai que ces enfants ont été traités à un âge tardif. D'autre part, s'il est vrai, comme le disait Leveuf, que les résultats du traitement se dégradent et en particulier subissent une chute brutale aux environs de la quinzième année, comme notre statistique commence plus tard, peut-être en a-t-elle été la victime.

CHAPITRE II

LES OBSERVATIONS

a) Malades revus après convocation.

(7921) N° 1. — D... (Andrée). Traitement à 5 ans; recul, 31 ans; âge actuel, 36 ans.

Type : hanche gauche, luxation basse.

Traitement : procédé décrit, réduction facile. Contention médio-[illegible].

Suites : ?

Etat actuel : Douleur, 20/40; fatigabilité, 15/20; activité, 40/40; mouvements, 60/60.

Signes radiologiques : 0, 15, 5, 15, 35 (= 70/100).

Résultats A.B. — Ce résultat est honorable. Tête en place, col court, mais non dévié, cotyle assez bien formé.

N. B. — Hanche opposée sensiblement normale. Cependant, légère déformation de la tête.

(8475) N° 2. — F... (Simone). Début 5 ans; recul 26 ans; âge actuel, 31 ans.

Type : hanche droite, luxation moyenne.

Traitement : procédé décrit. Réduction facile, mais glisse facilement (premier plâtre en position génu-axillaire).

Suites : ?

Etat actuel : Douleur, 20; fatigabilité, 20; activité, 40; mouvements, 56; claudication, 15; raccourcissement (2 cm); S. Trendelenburg, 0.

Radiographie : 2,5, 15, 5, 20, 50 (=92,5/100). Mais coxa-vara.

En somme, *assez bon résultat* anatomique qui pourrait être amélioré par une ostéotomie sous-trochantérienne. Mais tête régulière, un peu ogivale, et cotyle parfait.

(8475) N° 3. — L.. (Paule). Début 5 ans 6 mois; recul 31 ans; âge actuel 36 ans.

Type : hanche gauche, luxation moyenne.

Traitement : procédé habituel.

Suites : ?

Etat actuel : Douleur, 20; fatigabilité, 20; activité, 40; mouvements, 55; claudication, 10; raccourcissement, 10; signes Trendelenburg = +.

Signes radiologiques : 0, 0, 2,5, 0, 20.

Mauvais résultat. Tête très déformée, antéversée. Col court, coxa-vara, hypertrophie du petit trochanter. Cotyle presque inexistant.

(2633) N° 4. — B. (Odette). Début, 6 ans; recul, 15 ans; âge actuel, 21 ans.

Type : Reprise de traitement. A droite, sub-luxation. A gauche, luxation moyenne ?

Traitement. — A droite : aucun. A gauche : procédé habituel (mais première position en abduction 90° et rotation externe 90°).

Suites. — A droite : transformation d'une hanche presque normale en S.L. par inclinaison du bassin, raideur en abduction de la hanche gauche. Puis, elle redevient normale. A la fin de la croissance, elle redevient sub-luxation.

Hanche gauche : Raideur. Mobilisation. Fracture sus-condylienne, d'où appareil plâtré (2 mois). Ostéochondrite légère en fin de traitement.

Etat actuel. Droite : D. 40, F. 15, A. 40, M. 60, C. 15, S. Tr. = 0.

Radiographie : 5, 15, 5, 5, 15 (= 50). *Médiocre.*

Tête normale mais ma appuyée, cotyle plat, décrochement du cintre cervico-obturateur.

Gauche : D. 30, F. 15, A. 40, M. 60, C. 15, R. 9 (2 cm), S. Tr. = 0.

Radiographie : 2,5, 10, 5, 0, 30. *Médiocre.*

Tête assez régulière, mieux appuyée que la droite. Col court, coxa-vara. Cotyle plat. Bon interligne.

(8194) N° 5. — B. (Fernande). D. 6 ans, R. 27 ans, A.A. 33 ans.

Type : Hanche droite L.M.

Traitement : Ténotomie, myotomie des adducteurs. Procédé habituel (mais première position en abduction à 100°).

Suites : Normales.

Etat actuel (aggravé brusquement lors de la première grossesse (1953) : D. 20, D. 15, M. 30, C. 10, S. Tr. = +.

Signes radiologiques : 0, 5, 2,5, 0, 0.

Mauvais résultat : Tête irrégulière, antéversée. Col très court, presque inexistant, cotyle aplati à double fond.

La hanche gauche, normale au départ, est actuellement appuyée à peine à la moitié (fig. 7, 8, 9).

(8475) N° 6. — C... (Yvonne). D. 6 ans, R. 29 ans, A.A. 35 ans.

Type : Hanche gauche L.H

Traitement : Ténotomie des adducteurs, puis, procédé habituel, mais pas de deuxième position plâtrée (furoncle) : appareil de bois.

Suites : Epiphysite deux mois après la réduction. En 1951, rhumatisme déformant prenant la plupart des articulations. Aggrave la hanche luxée.

Etat actuel : D. 10, F. 10, A. 20, B. 10.

Radiographie : 0, 0, 0, 0, 10. *Mauvais résultat.*

Enorme déformation. Tête en tampon de wagon. Col court, interligne pincé. Cotyle aplati, éculé, à double fond volumineux.

Hanche droite normale.

(301) N° 7. — M... (Fernande). D. 6 ans, R. 35 ans, A.A. 41 ans.

Type : Luxation hanche gauche.

Traitement : Procédé habituel. Réduction facile, bonne contention.

Suites : Revue en 1935 (15 ans après) pour douleur.

Etat actuel : D. 20, F. 20, M. 30, C. 15, R. 8 (4 cm). S. Tr. = 0.

Radiographie : 0, 5, 2,5, 10, 30. *Mauvais résultat.*

Tête déformée, antéversée, avec quelques géodes. Cotyle éculé, à double fond. Pincement articulaire.

(2478) N° 8. — V... (Elise). D. 6 ans, R. 15 ans, A.A., 21 ans.

Type : Hanche droite L.B.

Traitement : Ténotomie des adducteurs. Réduction, procédé habituel, mais contention difficile.

Suites : ?

Etat actuel : S.F. D. 30, F. 20, A. 40, M. 60, C. 20, R. 10, S. Tr. = 0.

Radiographie : 5, 15, 5, 15, 40. *Assez bien.*

Résultat assez remarquable. Le cotyle est moins profond, un peu oblique. La structure osseuse est moins dense que du côté sain.

La hanche opposée tend à devenir insuffisante.

(2983) N° 9. — M... (France). A. 6 ans, traitement 1924, A.A., 37 ans.

Type : Hanche droite L.M.

Traitement : Procédé habituel (mais réduction par la partie supérieure du cotyle, rapide, et deuxième appareil en abduction à 90°).

Suites : Huit jours après la suppression du deuxième appareil, hanche en imminence de sub-luxation. Mise dans un troisième plâtre (abduction 40, et rotation interne), durée un mois et demi.

Puis sub-luxation, d'où quatrième plâtre à 90° d'abduction pendant trois mois.

Cinq ans plus tard, hanche à nouveau luxée. Radiographie : Cotyle étalé, ne pouvant empêcher l'ascension de la tête. D'où, extension continue.

Puis butée en 1930.

Echec du traitement orthopédique.

(641) N° 10. — J... (Thérèse). D. 6 ans, R. 19 ans, A.A., 25 ans.

Type : Luxation hanche gauche.

Traitement : Procédé habituel.

Suites : ?

Etat actuel : D. 40, F. 20, A. 40, M. 60, C. 15, R. 3 cm S. Tr. = 0.

Radiographie : 2,5, 15, 2,5, 10, 40. *Assez bon résultat.*

Tête un peu irrégulière. Col très court. Cotyle un peu insuffisant.

(8475) N° 11. — M... (René). D. 6 ans 6 mois, R. 28 ans, A.A., 34 ans.

Type : Hanche gauche L.H., hanche droite L.H.

Traitement : Réduction très difficile, surtout à gauche. Ténotomie des adducteurs et des ischio-jambiers. Première position en abduction 110° avec hyperextension; la deuxième position ne dure que quarante-cinq jours.

Suites. — Raideur importante, mobilisation : Fracture sus-condylienne. Paralysie du sciatique poplité externe à droite. Reluxation des deux côtes. La malade n'est plus suivie.

Etat actuel. — Hanche droite : D. 40, F. 15, A. 40, M. 60, C. 15, R. 10. S. Tr. = —.

Signes radiologiques : 0, 10, 2,5, 0, 0. *Echec.* Reluxation.

Hanche gauche : D. 40, F. 15, A. 40, M. 60, C. 15, R. 10, S. Tr. = —.

Signes radiologiques : 2,5, 15, 5, 0, 0. *Echec.* Reluxation.

Pseudo-réduction expliquant que l'affaire se présente plus comme une luxation invétérée bilatérale, que comme une luxation traitée.

(69) N° 12. — S... (Roland). D. 6 ans 6 mois. R. 21 ans, A.A., 27 ans.

Type : Hanche gauche S.L., hanche droite S.L.

Traitement : Têtes en place, mais laxité articulaire et cotyles fuyants, d'où les deux appareils plâtrés en position habituelle.
Suites du traitement : Normales.

Etat actuel. Hanche droite : D. 40, F. 20, A. 40, M. 60, C. 20, R. 10, S. Tr. = 0.

Signes radiologiques : 5, 15, 5, 10, 35. *Assez bien.*

Hanche gauche : D. 40, F. 20, A. 40, M. 60, C. 20, R. 10, S. Tr. = 0.

Signes radiologiques : 0, 5, 5, 0, 10. *Mauvais.*

Résultat assez satisfaisant d'une subluxation bilatérale. Persistance d'une insuffisance cotyloïdienne, droite et surtout gauche. A gauche, aplatissement de la tête et coxa-vara. Mais bon résultat fonctionnel.

(1789) N° 13. — N... (Dominique). D. 6 ans 9 mois, R. 17 ans, A.A. 24 ans.

Type : Hanche droite S.L. Hanche gauche L.H.

Traitement. — Hanche gauche : Réduction procédé habituel, après myorexis. *Hanche gauche et droite :* les deux plâtres habituels.

Suites : Raideur moyenne. Pas d'ostéochondrite.

Etat actuel. — Hanche droite : D. 40, F. 20, A. 40, M. 55, C. 20, S. Tr. = 0.

Signes radiologiques : 5, 15, 5, 0, 35 (rupture du cintre cervico-obturateur). *Résultat médiocre.*

Hanche gauche : D. 40, F. 20, A. 40, M. 45, C. 20, R. 1 cm. S. Tr. = 0.

Signes radiologiques : 0, 5, 5, 5, 30 (rupture du cintre). *Résultat médiocre.*

Ce cas, en apparence favorable à l'origine, n'a pas donné un bon résultat. Bien que médiocre, ce résultat est cependant meilleur que si on n'avait rien fait.

(2181 *bis*) N° 14. — B... (Marie-Agnès). D. 7 ans, R. 16 ans, A.A. 23 ans.

Type : Hanche droite L.B., hanche gauche L.M.

Traitement : Procédé habituel. Contention bonne.

Suites : Grosse raideur, ostéochondrite à gauche, trois ans après le traitement. Sept ans après le traitement, butée à gauche exécutée et ostéotomie prévue pour antéversion de la tête. A droite, coxa-vara.

Etat actuel. — Hanche droite : D. 40, F. 10, M. 50, C. 10. S. Tr. = 0.

Signes radiologiques : 5, 0, 5, 20, 50 (= 80), mais coxa-vara. *Médiocre.*

Hanche gauche : D. 40, F. 10, M. 40, C. 10, R. 2 cm. S. Tr = +.

Signes radiologiques : 0, 0, 0, 0, 50 (butée). *Echec.*

Evolution défavorable des deux côtés (à gauche surtout). Ostéochondrite tardive à gauche, antéversion énorme. Pas d'amélioration.

(8475) N° 15. — C... (Inès). D. 7 ans, R. 27 ans, A.A. 34 ans.

Type : Hanche gauche L.H., hanche droite L.H.

Traitement : Procédé habituel. Réduction très difficile.

Suites : Reluxation postérieure à droite, neuf mois après le début du traitement. Peu d'ostéochondrite.

Etat actuel. — Hanche droite : D. 0, F. 5, A. 20, M. 40, C. 0, R. 10.

Signes radiologiques : 0, 0, 0, 10, 0. *Echec.* Reluxation.

Hanche gauche : D. 0, F. 5, A. 20, M. 42, C. 0, R. 10.

Signes radiologiques : 0, 0, 0, 0, 10. *Mauvais.*

Luxation bilatérale, très haute, de réduction difficile. Reluxation à droite. Résultat morphologiquement très dégradé entre 1929-1955. Antéversion. Ovalisation des cotyles. Aplatissement des têtes. Arthrite chronique.

(8475) N° 16. — L... (Aline). D. 7 ans, R. 28 ans, A.A. 35 ans.

Type : Hanche droite L.H., hanche gauche L.M.

Traitement : Procédé habituel, après ténotomie des adducteurs. Réduction très difficile. Première position, deux mois; deuxième position, un mois et demi.

Suites : Raideur. Mobilisation. Fracture sus-condylienne bilatérale et fracture du col du fémur gauche après reluxation de la tête. Ostéochondrite légère en fin de traitement.

Etat actuel. — Hanche droite : D. 20, F. 15, A. 30, M. 0, C. 20, R. 10. S. Tr. = +.

Signes radiologiques : 2,5, 20, 5, 20, 45 (= 92,5 mais arthrite chronique). *Médiocre.*

Hanche gauche : D. 20, F. 15, A. 30, M. 10, C. 20, R. 1 cm. S. Tr. = +.

Signes radiologiques : 2,5, 5, 0, 0; 0. *Mauvais.*

Traitement pénible. Raideur entraînant des fractures au cours de la mobilisation, d'où constitution de difformités.

Actuellement, à gauche, extrémité du fémur très déformée, rappelant l'image d'une ostéotomie d'appui. A droite, malgré une morphologie meilleure, arthrose avec pincement de l'interligne.

(8475) N° 17. — D... (Yolande). D. 7 ans, R. 23 ans, A.A. 30 ans.

Type : Hanche gauche L.H.

Traitement : Procédé habituel. Ténotomie des adducteurs.

Suites : Normales.

Etat actuel : D. 20, F. 15, A. 40, C. 20.

Signes radiologiques : 5, 10, 5, 0, 30. *Médiocre.*

Hanche gauche : Col court, tête subluxée dans un cotyle éculé. Disparition du buttoir en ergot qui marquait le sourcil cotyloïdien. Tête assez régulière. Interligne large. Atrophie de l'os iliaque.

Hanche droite : Hanche normale au départ. Elle a actuellement un cotyle insuffisant.

(8132) N° 18. — B... (Huguette). D. 7 ans, R. 21 ans, A.A. 28 ans.

Type : Luxation hanche gauche.

Traitement : Procédé habituel.

Suites : Cinq mois après, raideur en abduction et rotation interne. Réduite sous-anesthésie et corrigée par plâtre pelvi-pédieux de un mois.

Etat actuel : D. 30, F. 20, A. 40, M. 60, C. 15, R. 2 cm. S. Tr. = 0.

Signes radiologiques : 5, 15, 2,5, 15, 45. *Assez bien.*

Le résultat anatomique est bon. Cotyle bien formé, tête assez régulière, bien appuyée, interligne large, col court mais en direction normale.

(718) N° 19. — G... (Denise). D. 7 ans 8 mois, R. 21 ans, A.A. 29 ans.

Type : Hanche gauche L.M., hanche droite S.L.

Traitement : Extension continue, puis procédé habituel. Réduction facile, contention médiocre.

Suites : Raideur très difficile à réduire, surtout à gauche. Mobilisation. Décollement épiphysaire gauche. Ostéochondrite importante après le traitement.

Etat actuel. — Hanche droite : D. 40, F. 20, A. 40, M. 60, C. 20, S. Tr. = 0.

Signes radiologiques : 5, 10, 5, 20, 45. *Assez bien.*

Hanche gauche : D. 40, F. 20, A. 30, M. 40, B. 10. S. Tr. = 0.

Signes radiologiques : 0, 5, 0, 5, 20. *Mauvais.*

Luxation de forme assez particulière : très grand cotyle. Bonne réduction, mais grosse raideur consécutive entraînant des difficultés de traitement. Reconstitution d'un cotyle satisfaisant à droite, très mauvais à gauche.

(559) N° 20. — P... (Yvonne). D. 7 ans 10 mois, R. 20 ans, A.A. 28 ans

Type : Hanche droite L.H., hanche gauche L.M.

Traitement : Extension continue, 8 jours, puis à gauche, réduction après plusieurs essais, procédé habituel. A droite, réduction orthopédique impossible. Réduction sanglante et butée. Des deux côtés : première position, deux mois; deuxième position, quarante-cinq jours.

Suites : Un an après, reluxation des deux côtés.

Etat actuel. — Hanche droite : D. 40, F. 20, M. 60, C. 10.

Signes radiologiques : 2,5, 10, 2,5, 0, 0. *Echec.*

Hanche gauche : D. 40, F. 20, M. 60, C. 10.

Signes radiologiques : 2,5, 10, 2,5, 0, 0. *Echec.*

Echec d'emblée de la réduction à droite malgré une tentative de butée. A gauche, réduction satisfaisante mais qui échoue complètement par instabilité. Tout se termine comme si on n'avait rien fait.

(1245) N° 21. — S... (Marie-Louise). D. 8 ans, R. 29 ans, A.A. 37 ans

Type : Hanche gauche L.H.

Traitement : Ténotomie des adducteurs, réduction par la partie inférieure du cotyle, rapide et facile. Première position : deux mois, puis extension continue.

Suites : Nouvelle extension continue trois mois plus tard, durée 20 jours.

Etat actuel : D. 20, F. 20, A. 40, M. 60, C. 15, R. 2 cm. S. Tr. = 0.

Signes radiologiques : 0, 10, 2,5, 15, 45. *Assez bien.*

Tête bien en place. Cotyle insuffisant, mais prolongé par une butée spontanée (fig. 5 et 6). Col court. Hypertrophie basse de la tête.

(665) N° 22. — S... (Régine). D. 8 ans 6 mois, R. 19 ans, A.A. 27 ans et demi.

Type : Hanche droite S.L., Hanche gauche L.M.

Traitement : Procédé habituel. A gauche : Réduction par la partie inférieure du cotyle. Facile.

Suites : Butée devenue nécessaire à gauche exécutée deux ans plus tard.

Etat actuel. — Hanche droite : D. 40, F. 15, A. 30, M. 60, C. 20, R. 10. S. Tr. = 0.

Signes radiologiques : 5, 15, 5, 10, 40. *Assez bien.*

Hanche gauche : D. 20, F. 15, A. 30, M. 60, C. 20, R. 3 cm. S. Tr. = +.

Signes radiologiques : 2,5, 15, 2,5. Butée. *Echec.*

Echec de la reposition simple à gauche, pallié en partie par une butée satisfaisante.

(3597) N° 23. — B... (Jean). D. 12 ans 6 mois, R. 25 ans, A.A. 37 ans et demi.

Type : Hanche gauche L.M.

Traitement : Procédé habituel. Réduction facile.

Suites : Quatre ans après, douleur passagère sans signe d'arthrite.

Etat actuel : D. 30, F. 20, A. 40, M. 45, C. 10, R. 4 cm. S. Tr. = +.

Signes radiologiques : 0, 0, 0, 2,5, 20. *Mauvais.*

La réduction s'est maintenue, mais on assiste à un comblement progressif du cotyle. Enorme déformation et antéversion de la tête. Le résultat anatomique était resté relativement bon pendant quelques années. Hanche droite : cotyle moins profond que normalement.

b) Réponses non accompagnées de radiographie.

(8475) N° 24. — S... (Marie-Thérèse. D. 5 ans, R. 31 ans, A.A. 36 ans.

Type : Hanche gauche L.M.

Traitement : Procédé habituel.

Suites : Raideur. Perdue de vue depuis 1925.

Etat actuel (Réponse) : Douleur de la hanche gauche après une longue marche. Claudication. La malade a eu trois grossesses ayant nécessité trois césariennes.

(829) N° 25. — G... (Andrée). D. 7 ans, R. 19 ans, A.A. 26 ans.

Type : Hanche gauche L.M.

Traitement : Procédé habituel. Réduction facile.

Suites : Un an après, tendance à la subluxation.

Etat actuel (Réponse) : D. 30, F. 20, A. 40, C. 15.

c) Malades venus spontanément à la consultation.

(8149) N° 26. — C... (Marc). D. 6 ans, R. 25 ans, A.A. 31 ans.

Type : Luxation bilatérale.

Traitement : Procédé Rocher.

Suites : Légère claudication mais vie normale jusqu'en 1950.

Etat actuel. — Hanche droite : D. 20, F. 10, M. 33.

Signes radiologiques : 0, 0, 0, 0, 10. *Mauvais.*

Hanche gauche : Douleur vive. Mouvements bloqués.

Signes radiologiques : 0, 0, 0, 0, 0, arthrodèse.

Aggravation brusque des signes fonctionnels en 1950. En 1954, arrêt de travail. Le malade vient à la consultation : arthrodèse gauche décidée et exécutée.

(8397) N° 27. — G... (Suzanne). D. 6 ans, R. 35 ans, A.A. 41 ans.

Type : Hanche gauche S.L. Hanche droite : S.L.

Traitement : Procédé Rocher.

Suites : Raideur, claudication. Douleur vive depuis 1953. Arthroplastie de la hanche droite en 1954.

Etat actuel. — Hanche droite : Arthroplastie; hanche gauche : D. 10, A. 10, M. 0.

Signes radiologiques : 0, 0, 2,5, 0, 25. *Mauvais.*

Coxarthrose bilatérale. Douleur apparue en 1953 à droite et six mois plus tard à gauche. Arrêt de travail en août 1954. Consultation : à droite, gros troubles structuraux, ostéophytes, tête énorme, aplatie, pas de col, cotyle plat, d'où arthroplastie. A gauche : tête aplatie, col très court, cotyle fuyant, interligne assez bon.

(6678) N° 28. — L... (Carmen). D. 6 ans, R. 25 ans, A.A. 31 ans.

Type : Luxation bilatérale.

Traitement : Procédé Rocher.

Suites : Claudication mais activité normale. En 1950, à l'occasion d'une grossesse, douleur vive de la hanche gauche.

Etat actuel. — A droite : D. 40, A. 40, M. 40, C. 15.

Signes radiologiques : 2,5, 10, 2,5, 15, 40 (= 70). *Assez bien.*

A gauche (en 1953) : D. 10, A. 10, M. 25, C. 5. Arthroplastie.

Malade revenue vingt-deux ans après le traitement parce qu'elle souffrait de la hanche gauche. Consultation : A droite, tête petite, col court, cotyle assez bon, interligne bon. A gauche, col très court, tête subluxée, interligne pincé. Arthroplastie décidée et exécutée en 1953.

(1631) N° 29. — R... (Jean). D. 12 ans, R. 24 ans.

Type : Luxation hanche droite.

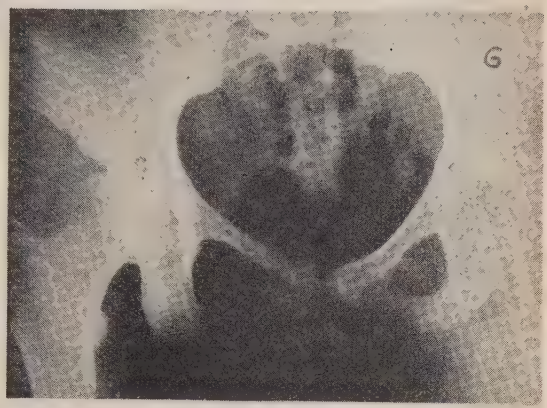
Traitement : Procédé Rocher.

Suites : ?

Etat le jour de l'examen : D. 30, F. 20, A. 40, M. 33, C. 10, R. 3 cm. S. Tr. = +.

Signes radiologiques : 0, 15, 0, 10, 40 (= 65). *Médiocre.*

Tête plus grosse qu'à gauche, mais de forme presque normale. Antéversion, col court, cotyle un peu fuyant, appui assez bon.

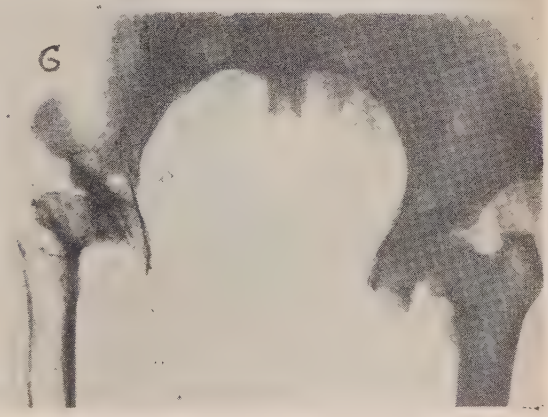


1

2

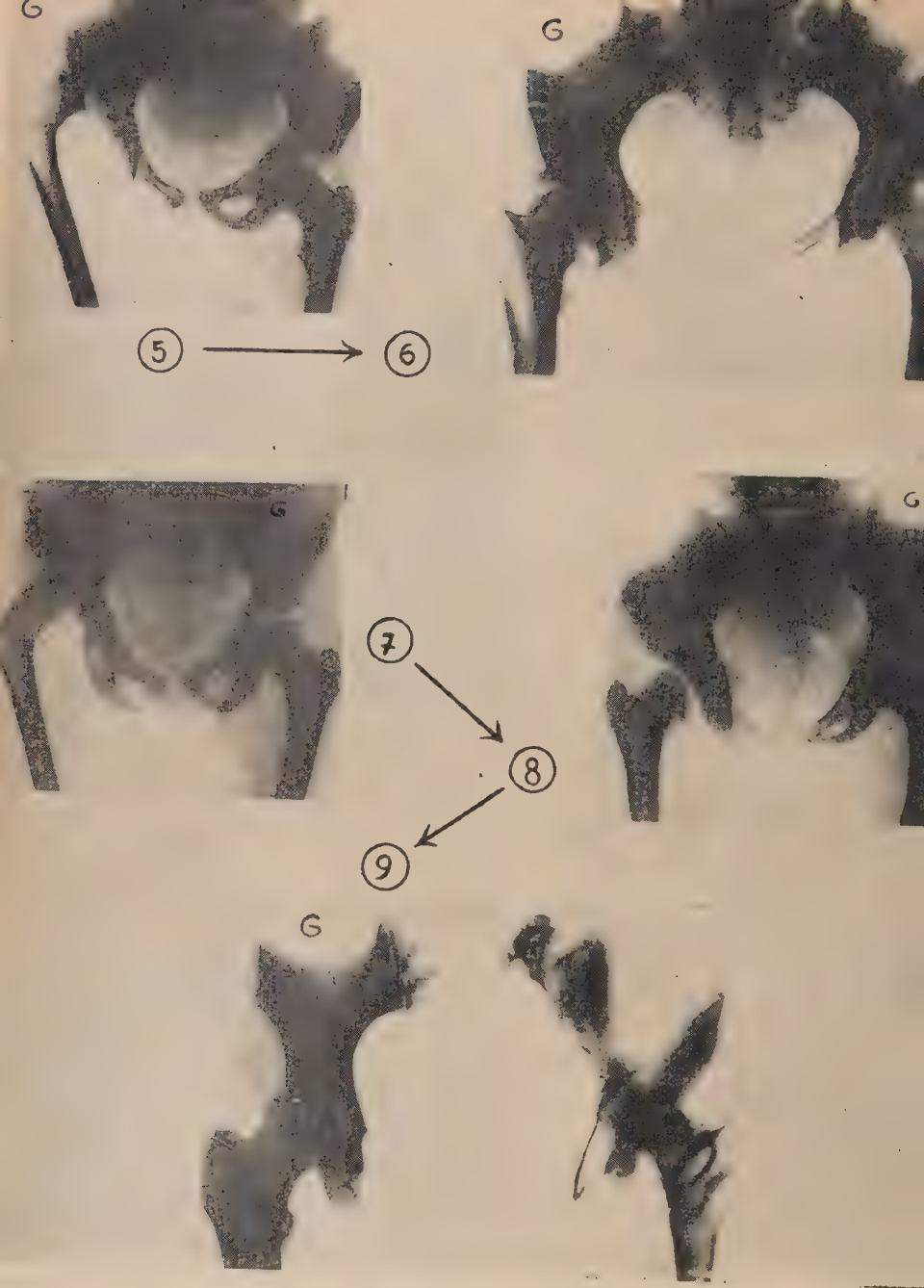
3

4



1 et 2 : *Observation n° 8. Luxation basse de la hanche droite réduite à 6 ans. Recul 15 ans. Résultat A.B.*

3 et 4 : *Observation n° 19. Luxation bilatérale. Réduite à 8 ans. Recul 21 ans. Résultat A.B. à droite et mauvais à gauche.*



5 et 6 : *Observation n° 21. Luxation haute de la hanche gauche. Réduite à 8 ans. Recul 29 ans. Butée spontanée qui rend le résultat A.B.*

7 - 8 et 9 : *Observation n° 5. Luxation moyenne à droite. Hanche gauche normale au départ* (7). *Deux ans plus tard* (8).

Vingt-sept ans plus tard (9) : *hanche gauche à peine appuyée à la moitié.*

CHAPITRE III

RESULTATS FONCTIONNELS

Comme on vient de le voir dans les observations qui précèdent, le résultat fonctionnel est bon ou au moins très honorable dans plus de 60 % des cas.

Nous avons rassemblé dans un tableau les résultats globaux.

Parfait	6 hanches	16 %
Bon	9 hanches	23 %
Assez bon	9 hanches	23 %
Médiocre	6 hanches	16 %
Mauvais	8 hanches	23 %

Les quatre hanches dont nous n'avons pas parlé dans ce tableau sont :

— Trois butées qui ont respectivement un résultat fonctionnel bon, assez bon et médiocre.

— Une réduction sanglante, dont le résultat fonctionnel est bon, bien que la hanche soit reluxée.

Nous avons donc près de 40 % de bons résultats fonctionnels et 23 % de résultats assez bons. Donc, pendant un minimum de quinze ans, 63 % des malades ont pu mener une vie normale.

Quant aux quatorze hanches dont le résultat est médiocre ou mauvais, soit 38 % :

— 4 ont toujours eu un mauvais état fonctionnel;

6 (4 malades) se sont aggravés brusquement au cours d'une grossesse, après avoir été normales pendant quinze ou vingt ans.

3 (2 malades) se sont aggravées brusquement après vingt ans de vie normale.

— 1 après trente-quatre ans a fait un syndrome d'arthrite chronique.

Voici les résultats d'une manière plus détaillée :

Douleur. — Dans 40 % des cas (soit 16 hanches), les malades ne présentent aucune douleur, et 17,5 % (7 hanches) ont eu des douleurs de façon exceptionnelle.

17,5 % seulement (dont une malade atteinte d'un rhumatisme déformant évolutif prenant la plupart de ses articulations), ont des douleurs vives si elles accomplissent un travail prolongé.

Les autres (soit 25 %), présentent des douleurs plus ou moins vives à la fatigue ou au changement de temps. Il est à noter que la plupart des malades qui souffrent, ont vu apparaître leurs douleurs au moment d'une grossesse.

Fatigue. — 45 % des malades (18 hanches) ne trouvent pas que leurs hanches se fatiguent anormalement.

25 % des malades (soit 10 hanches) sont obligées de se reposer dans la journée, une ou plusieurs fois.

Activité. — Dans 50 % des cas (21 hanches) les malades ont une activité absolument normale. Dans 17,5 % des cas (7 hanches), l'activité est sensiblement normale, à condition toutefois d'éviter les marches prolongées.

Claudication. — Dans 30 % des cas, la marche est absolument normale, et le malade dit qu'il n'a jamais de claudication.

Dans 30 % des cas, la claudication est intermittente, se produisant quand le malade est fatigué.

Dans 10 % des cas environ, la claudication est importante.

Il n'y a pas de parallèle entre la claudication et le raccourcissement. Telle malade qui n'a pas de raccourcissement, a une claudication marquée. Telle autre, avec un raccourcissement de 4 centimètres, ne boite qu'à la fatigue.

Signe de Trendelenburg. — Il est positif dans 40 % des cas (très marqué dans 23 % et discret dans 17 % des cas).

Raccourcissement. — Dans 40 % des cas, il n'y en a pas. Le raccourcissement est de un à deux centimètres dans 30 % des cas et de deux à quatre centimètres dans 30 %. Il est parfois accompagné d'une hypotrophie globale assez nette de tout le membre inférieur.

Mobilité. — Dans 50 % des cas, la mobilité de l'articulation est considérée comme normale, soit :

— Flexion-extension = 145° + 10°.

Abduction-adduction = 40° + 30°.

— Rotation interne-rotation externe : 50° + 35°.

Dans 13 % des cas, elle est légèrement limitée.

Dans 13 % des cas, tous les mouvements de la hanche sont bloqués.

Pour les hanches restantes, la mobilité est plus ou moins limitée (se référer aux observations).

Les mouvements le plus souvent limités sont la flexion, l'abduction et la rotation interne.

Mais un bon résultat fonctionnel n'apprend rien sur le résultat anatomique. Bien des malades ont été surpris d'apprendre que leurs hanches étaient plus altérées qu'ils ne le pensaient. Tel jeune paysan qui travaille durement toute la

semaine et se détend le dimanche en jouant au rugby avec l'équipe de son village, a mis bien du temps à comprendre, lors de sa visite, qu'il avait une hanche gauche à tête très déformée et à cotyle presque inexistant.

Nous allons donc envisager maintenant les résultats anatomiques.

CHAPITRE IV

RESULTATS ANATOMIQUES

Froehlich disait en 1921 qu'un résultat fonctionnel parfait est possible, même avec des lésions anatomiques grossières. C'est ce qui explique que dans ce chapitre, les chiffres et les pourcentages semblent n'avoir pas de rapport avec ceux du chapitre précédent. Alors que 62 % des résultats fonctionnels sont au moins assez bons, nous ne trouvons que 30 % de résultats anatomiques équivalents.

Voici les résultats notés d'après la cotation de Massie et Howorth adoptée par Meary et Gourdon :

Bons résultats (90-100)	2 hanches	5 %
Assez bien (70-90) ..	10 hanches	25 %
Médiocres (50-70)	4 hanches	10 %
Mauvais (moins de 50)	25 hanches	60 %

Donc, pas un seul résultat excellent.

Quant aux deux bons résultats anatomiques : l'un est finalement classé médiocre car la clinique, contrairement à ce qui se passe en général, l'élimine des bons et même des assez bons

résultats (arthrose, pincement de l'interligne qui n'est pas noté dans la cotation).

L'autre a une coxa-vara dont la cotation ne tient pas compte, et sera probablement amélioré par une ostéotomie sous-trochantérienne.

Résultats assez bons : Dix hanches, soit le quart de celles qui furent radiographiées. Têtes peu déformées, cols avec peu ou pas d'antéversion, cotyles assez bien formés, parfois normaux, appui assez bon. Déformations mineures, mais risquant de s'aggraver.

Résultats médiocres : Quatre hanches, soit 10 %. Ici, les déformations sont un peu plus accusées mais ce n'est pas à proprement parler un mauvais résultat.

Mauvais résultats : Vingt-cinq hanches, soit 60 %, dont :

— 16 hanches ayant moins de 50 points à la cotation;

— 5 reluxations;

— 3 butées secondaires;

— 1 réduction sanglante (d'ailleurs reluxée).

Deux remarques s'imposent pour atténuer le pessimisme de ces chiffres. Tout d'abord, 40 % au moins de ces malades mènent une vie absolument normale malgré des altérations anatomiques très nettes, car ils ont un bon résultat fonctionnel. D'autre part, quatre malades (soit sept hanches, donc 17,5 %) sont venus à la consultation sans avoir été convoqués, en raison de l'apparition de troubles graves dont il venaient chercher soulagement ou guérison. Aussi, notre statistique est devenue d'autant moins homogène, puisque ces malades-là ne venaient pas nous voir par hasard sur convocation (1).

---

(1) Les chiffres rectifiés donneraient : bons 6 % et assez bons 30 %

RESULTATS DETAILLES

A) Extrémité supérieure du fémur.

a) **Tête.** — Dans près de 40 % des cas, la tête n'a que de très légères déformations. Mais dans 25 % des cas elle est revenue méconnaissable, le plus souvent hypertrophiée et très irrégulière.

Grosseur :

Normale : 10 (25 %).

Plus grosse que normalement : 18 (45 %).

Plus petite que normalement : 12 (30 %).

Forme :

Normale : 1 (2,5 %).

Déformation légère : 14 (35 %).

Déformation moyenne : 8 (20 %).

Déformation importante : 7 (17,5 %).

Tête méconnaissable : 10 (25 %).

b) **Antéversion du col.** Elle est inférieure à 30° et donc pratiquement normale dans un cas sur trois environ.

— De 30 à 45° : 15 hanches (37,5 %).

— Plus de 45° : 10 hanches (24 %).

B) Le cotyle.

— Inférieure à 30° : 15 hanches (37,5 %).

On a mesuré la valeur de l'angle C de Hilgenreiner, qui correspond à l'obliquité du toit. Dans un cas sur quatre environ, le toit du cotyle est devenu satisfaisant, mais dans plus de 40 % des cas, il reste à peu près inexistant :

— moins de 20° : 4 (10 %);

— de 20 à 25° : 5 (12,5 %);

— de 25 à 30° : 6 (15 %) ;
— de 30 à 40° : 5 (12,5 %) ;
— au-delà de 40° : 17 (42,5 %) ;
— butées secondaires : 3 (7,5 %).

C) **L'appui de la tête.**

Ici aussi nous avons peu de bons résultats. Or l'angle C.E. de Wiberg qui mesure cet appui compte dans la cotation autant que tous les autres facteurs réunis. Cet appui n'est normal que dans trois cas seulement, mais il se rapproche de la normale dans le quart des cas. D'autre part, nous avons compté les trois butées comme un mauvais résultat, alors que dans deux cas sur trois, elles remplissent bien leur office.

Voici les chiffres :

— normal (50 points = 3 hanches (8 %) ;
— de 40 à 45 points = 10 hanches (25 %) ;
— de 30 à 35 points = 8 hanches (21 %) ;
— au-dessous de 25 points = 15 hanches (38 %) dont 5 reluxations ;
— butées : 3 hanches (8 %).

L'examen radiologique aura donc été bien sévère, comme toujours chez les luxés. MM. Rocher et Pouyanne le remarquaient en 1938, au terme d'une enquête sur les résultats éloignés du traitement orthopédique : « Si le résultat fonctionnel peut dans bien des cas être qualifié de restitutio ad integrum, on ne peut presque jamais en dire autant du résultat radiologique. »

CHAPITRE V

INFLUENCE DE LA PRECOCITE DU TRAITEMENT

La plupart des auteurs s'accordent actuellement pour recommander un traitement précoce de la luxation congénitale. Récemment encore, le rapport de Gourdon et Meary, au XXIX[e] Congrès de la Société Française d'Orthopédie, et celui de Pouliquen à l'Académie Nationale de Médecine, sont des plaidoyers en faveur du traitement réalisé le plut tôt possible chez l'enfant.

De même, les Italiens (Annovazi, Putti, Memmi), les Allemands (Schede), les Suédois (Platou) semblent démontrer par d'importantes statistiques l'influence de l'âge.

Nous prendrons comme terme de comparaison la statistique récente de Poisson qui a pour nous le double avantage de porter sur des malades revus avec un recul très important et surtout traités par la même technique (à quelques nuances près) et par le même chirurgien (le Prof. Rocher).

La statistique Poisson donne les résultats suivants :

— Traités avant 2 ans : 37 % de résultats excellents et bons;

— Traités entre 2 et 3 ans : 40 % de résultats excellents et bons;

— Traités entre 3 et 5 ans : 27 %.

Il semble donc qu'à partir de 3 ans, les bons résultats baissent brusquement.

N'ayant pas une statistique aussi importante, nous ne

pouvons pas prétendre à la même rigueur scientifique. Mais les quelques chiffres que nous citons pourront cependant orienter les idées :

Age	Assez bons	Médiocres	Mauvais
5-7 ans	6 (29 %)	4 (17 %)	13 (54 %)
7-9 ans	4 (28,5 %)	2 (14 %)	8 (57,5 %)
9-11 ans	0	0	0
11-13 ans	0	1 (50 %)	1 (50 %)

Si l'on veut établir un parallèle entre la précocité du traitement et les meilleurs résultats obtenus, on n'aperçoit qu'entre 5 et 9 ans, on obtient pratiquement le même pourcentage (29 % et 28,5 %).

Si on compare aux résultats au moins assez bons que l'on trouve dans la statistique de Poisson, on a :

— moins de 2 ans : 62,4 %;
— entre 2 et 3 ans : 68,7 %;
— entre 3 et 5 ans : 54,3 %;
— entre 5 et 7 ans : 29 %;
— entre 7 et 9 ans : 28,5 %.

Donc, il semble qu'il y ait une première chute très nette des bons résultats entre 3 et 5 ans (passage de 68 à 54 %). Puis une nouvelle chute, plus brutale, se produit à 5 ans. Ensuite, elle est suivie d'un palier : de 5 à 9 ans, le pourcentage reste sensiblement le même : 29 % et 28,5 %. Il nous est impossible de dire si ce palier continue au-delà de 9 ans, faute d'un nombre suffisant d'observations. Mais dans les deux cas traités entre 11 et 13 ans, les résultats obtenus semblent

s'orienter vers une nouvelle chute, puisque nous n'avons plus de résultats assez bons, mais seulement un médiocre et un mauvais.

Il y a lieu probablement de distinguer trois périodes pour le pronostic dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche :

— jusqu'à 3 ans, où le traitement donne le meilleur résultat ;

— de 3 à 5 ans, où il y a une baisse sensible des bons résultats ;

— Au-delà de 5 ans (au moins de 5 à 9 ans), où l'on peut encore avoir 30 % de résultats assez bons.

CHAPITRE VI

INFLUENCE DE QUELQUES AUTRES FACTEURS

Comme nous l'avons dit dans l'introduction, divers facteurs s'intriquent dans notre statistique qu'il est difficile de dissocier. Nous allons essayer de le faire ici, en rapprochant des chiffres et des faits.

Gravité relative des unilatérales et des bilatérales.

Il est un fait reconnu par la majorité des auteurs, c'est que les luxations unilatérales donnent un meilleur résultat que les bilatérales. Déjà Lorenz et après lui Denucé établissaient une différence entre uni et bilatérale, disant que les luxations simples pouvaient être réduites plus tard que les luxations doubles : « au-delà de cinq ans pour les luxations doubles, et de sept ans pour les luxations simples, les résultats ne peuvent être garantis aussi bons ».

D'autres auteurs ont insisté depuis sur cette gravité plus grande des luxations bilatérales. Citons Leveuf (à la suite de sa grande enquête), Memmi (de Rome), Sèverin (de Stockholm), Lance, les thèses de Skowron (Nancy) et Faugeron (Paris).

Voici ce que donne notre statistique :

— Luxations unilatérales (14) :

Assez bons : 6 (43 %).

Médiocres : 2 (14 %).

Mauvais : 6 (43 %).

— Luxations bilatérales (26) :

Assez bons : 4 (15 %).
Médiocres : 6 (23 %).
Mauvais : 16 (62 %).

Donc, ici aussi, très net résultat en faveur des luxations unilatérales : 43 % de résultats assez bons contre 15 % seulement.

Après cinq ans, ce jugement est beaucoup plus tranché qu'avant cet âge si l'on en juge par les résultats de la statistique Poisson qui donne 76 % (excellents, bons et assez bons) chez les unilatéraux, contre 65 % chez les bilatéraux.

Il est donc possible que s'ajoute ici l'influence de l'âge auquel ces luxations furent réduites, et non le type de malformation seul. Quoi qu'il en soit, ces chiffres nous permettent de dire que les luxations bilatérales traitées après l'âge de 5 ans ont un pronostic beaucoup plus réservé que les luxations unilatérales.

Faugeron remarquait, en 1939, que le pronostic des bilatérales traitées jeunes était à peu de chose près aussi bon que celui des unilatérales. Il semblerait donc logique de penser que si les luxations bilatérales ont un pronostic plus mauvais, c'est probablement dû au fait que l'âge de réduction a sur elles une plus grosse influence, et que les années passées sans traitement comptent pour elles davantage. Peut-être donnerons-nous à cette phrase obscure une ébauche d'explication à la fin du chapitre IX.

Le degré de luxation.

Nous avons distingué divers types de luxations suivant leurs degrés : subluxations, luxations hautes, luxations moyennes, luxations basses.

— Les subluxations ont un pronostic meilleur que les luxations vraies. Nous n'en avons que cinq dans notre statistique, qui pour la plupart se sont trouvées là

parce que la hanche opposée avait une luxation vraie. Sur ces cinq subluxations, trois ont un résultat assez bon, une autre a un résultat médiocre, la dernière a un résultat franchement mauvais.

Les luxations basses ont aussi un assez bon pronostic. 66 % de résultats assez bons et 33 % de médiocres (encore que la tête soit assez régulière, le cotyle normal et l'appui excellent, mais coxa-vara importante et signes fonctionnels accusés).

Les luxations moyennes ont un résultat déjà bien plus mauvais. En effet, nous n'avons que 22 % de résultats assez bons, contre 78 % de résultats franchement mauvais (dont deux butées et une reluxation).

Quant aux luxations hautes, il ne nous reste plus que 10 % de bons résultats, 30 % de médiocres et 60 % de mauvais. Dans les mauvais résultats, nous avons 80 % de reluxations.

Reprise de traitement : Nous n'en avons qu'une bilatérale dont le résultat est médiocre. (Excellent résultat fonctionnel, mais résultat radiologique 50 et 50.)

Le recul.

D'après Schède, les résultats se dégradent avec l'âge et subissent en particulier une chute à la puberté. A la fin de la croissance, les résultats seraient définitifs.

Nous avons :

— 11 luxations entre 15 et 20 ans de recul;
— 13 luxations entre 20 et 25 ans de recul;
— 11 luxations entre 25 et 30 ans de recul;
— 6 luxations entre 30 et 35 ans de recul.

Nos malades ont donc au minimum 21 ans.

Dans la première catégorie, nous trouvons 30 % de résultats assez bons, 50 % de résultats médiocres et 20 % de mauvais résultats.

Entre 20 et 25 ans, nous trouvons 30 % de résultats assez bons, 15 % de résultats médiocres et 55 % de mauvais résultats.

Entre 25 et 30 ans, nous trouvons 20 % de résultats assez bons, 10 % de résultats médiocres et 70 % de mauvais résultats.

Entre 30 et 35 ans, nous trouvons 17 % de résultats assez bons, 17 % de résultats médiocres et 65 % de mauvais résultats.

Si l'on tient compte des erreurs possibles dues au fait qu'il a fallu fragmenter les chiffres à l'extrême pour faire ces diverses catégories, il semble que pendant vingt-cinq ans les résultats assez bons se maintiennent, alors que les résultats médiocres tendent à devenir mauvais. Après vingt-cinq ans, quelques résultats assez bons deviennent à leur tour médiocres, alors que les mauvais résultats ont un pourcentage équivalent.

Mais il est difficile, et peut-être illusoire, de séparer ces divers facteurs pour voir la part qui revient à chacun. Tout au plus peuvent-ils nous donner des impressions, mais non pas des certitudes. Il est à noter cependant que ces impressions concordent avec celles de la plupart des statistiques beaucoup plus importantes qui ont trait à des enfants traités plus jeunes. Les divers facteurs du pronostic de la luxation congénitale traitée après cinq ans, ne diffèrent donc pas de ceux des luxations traitées plus jeunes.

CHAPITRE VII

LES DEFORMATIONS LES PLUS FREQUENTES

Les déformations peuvent porter soit isolément sur le cotyle, la tête fémorale ou le col, soit sur toutes ces parties à la fois.

Tête du fémur.

Normalement, la tête représente les deux tiers d'une sphère. Elle a une surface régulière et un volume bien déterminé. Trois déformations sont possibles, seules ou combinées : forme différente, surface irrégulière, volume augmenté ou diminué.

1° La forme. — Assez souvent, la tête est en forme de demi-lune et ne représente donc plus que les deux-tiers d'une sphère. Cependant sa surface articulaire est alors normalement arrondie.

Déformation en hachette : Ici, c'est une déformation plus accusée. Le rayon de la tête augmente. Il n'y a plus une sphère, mais une mince calotte au bout du col.

Déformation en plateau : Alors la tête n'est même plus arrondie. C'est une déformation fréquente que l'on rencontre dans la plupart des mauvais résultats.

2° La régularité. — Souvent la tête est irrégulière. Soit asymétrique, débordant le col vers le haut ou vers le bas, elle accompagne alors une direction anormale de l'axe du col. Soit irrégulière par atrophie de telle ou telle partie. Soit enfin à

cause de proliférations ostéophytiques dues à un processus d'arthrite chronique.

3° Le volume. — Dans près de la moitié des cas, la tête est hypertrophiée. Cette hypertrophie se produit souvent dans toutes les dimensions. Au maximum, on a alors la tête en parapluie, énorme, recouvrant le col, et allant parfois jusqu'au grand trochanter. C'est la classique tête volumineuse et aplatie en tampon de wagon, débordant le cotyle.

Parfois (dans près du tiers des cas), la tête est plus petite que normalement.

Col du fémur.

Le col normal a une longueur de 3 à 5 centimètres, un angle d'inclinaison de 130° et un angle de déclinaison de 25° environ. Les déformations peuvent porter sur chacune de ces parties :

1° Le raccourcissement. — Très fréquent. On le trouve à des degrés divers sur la plupart des radiographies. A l'extrême, le col peut être pratiquement inexistant, comme dans l'observation n° 27, où on a vérifié ce fait lors d'une récente arthroplastie.

2° Coxa-vara. — Elle est assez fréquente, à des degrés divers. Parfois très importante, mais le plus souvent discrète. On la rencontre dans un cas sur cinq en moyenne.

3° Coxa-valga. — Elle est beaucoup plus rare dans notre statistique. Nous ne la rencontrons que dans trois cas.

4° Antéversion. — Elle est plus accentuée que normalement dans plus de 60 % des cas. Mais bien souvent elle est moyenne. Pourtant, dans quelques cas, elle est vraiment énorme. Dans près du quart des cas, elle dépasse 45°.

Le cotyle.

La cavité cotyloïde normale représente environ la moitié d'une sphère creuse. Elle est limitée sur son pourtour par un

rebord circulaire qui est le sourcil cotyloïdien. Sur les radiographies, l'angle que fait le toit du cotyle avec l'horizontale ne doit pas dépasser 20°.

Diverses déformations sont observées : malformation du toit, déformation du col, déformation globale du cotyle.

1° Malformation du toit. — Dans la majorité des cas, le toit est fuyant. Dans plus de 40 % des cas, l'angle C dépasse 40°.

Pourtant, bien souvent, même chez les luxés traités après sept ans, le toit a une inclinaison normale ou sub-normale. (Dans un cas sur trois en moyenne après sept ans.)

2° Déformation du fond. — Dans quelques cas nous avons un cotyle à double fond, correspondant à des lésions d'arthrose qui ont envahi aussi la tête du fémur.

3° Déformation globale. — Ce sont les cotyles peu profonds, ovalisés, en forme de demi-citron, que l'on rencontre classiquement dans bien des luxations congénitales réduites et dont parlent la plupart des statistiques.

Dans quelques cas, le cotyle est non plus insuffisant, mais à peu près inexistant, et la tête fémorale a glissé plus haut, venant habiter un néo-cotyle.

Ces déformations peuvent exister isolément ou ensemble.

On peut voir des têtes fémorales normales avec des cotyles ovalisés ou plats, on peut voir de bons cotyles avec des têtes parfois très déformées : ceci est assez fréquent, beaucoup plus fréquent que l'inverse. Le plus souvent, les déformations de la tête s'accompagnent de déformation du col. Souvent, diverses déformations se combinent, comme dans l'arthrite chronique : cotyle à double fond, tête énorme et irrégulière, col très court, antéversion, interligne pincé. Toutes ces déformations sont le résultat d'une évolution dont les radiographies successives, malheureusement trop peu nombreuses, nous donnent les grandes lignes.

CHAPITRE VIII

EVOLUTION

D'une façon générale, comme on s'en aperçoit surtout dans les luxations unilatérales, où le côté sain peut servir de comparaison, la hanche luxée a une croissance retardée. Le noyau épiphysaire est plus petit. Le cotyle, presque inexistant au départ, rattrape difficilement son retard. D'autre part, l'évolution de la hanche luxée se fait, soit vers le normal, soit vers la sub-luxation ou vers la re-luxation.

Evolution de la tête.

Dans tous les cas, la tête fémorale est au départ plus petite que la normale, un peu aplatie vers le bas, comme on peut en juger par le premier cliché radiographique.

Puis dans un cas sur quatre environ, on observe une déformation de l'épiphyse dont les bords deviennent flous. L'ostéochondrite est en général précoce, dans les six mois qui suivent la réduction. Mais dans 40 % des cas, elle est assez tardive, survenant deux à trois ans après la fin du traitement. Cet épisode passager dure un an environ, et ne laisse que peu ou pas de séquelles.

Puis la tête augmente de volume avec l'âge. Elle peut, soit devenir normale, soit garder toujours un volume plus petit que la normale, soit, le plus souvent, s'hypertrophier.

Nous n'avons relevé qu'un cas où des douleurs survenant

dans l'adolescence pourraient faire penser à une arthrite juvénile. Mais la radiographie est restée muette.

Puis vient l'époque de l'arthrite tardive. Comme nous l'avons vu dans une dizaine de cas, la tête est déformée, avec parfois des géodes, souvent aplatie et très augmentée de volume.

Dans le quart des cas, la tête est de volume normal et de forme sensiblement normale. Or, tous nos malades examinés avaient au minimum 21 ans. Il y a donc bien des chances que la plupart de ces bons résultats soient définitivement acquis.

Evolution du col.

Au départ, le col est plus court que normalement.

Dans la plupart des cas, il garde pendant la croissance cette brièveté, et reste plus court que du côté opposé, allant parfois jusqu'à la disparition à peu près complète en fin d'évolution.

Dans le quart des cas, il existe une antéversion importante qui favorise la réalisation d'une subluxation progressive. En effet, le cotyle étant trop oblique en avant, la tête antéversée tend à s'en échapper.

La coxa-vara est assez fréquente dans notre statistique. Cependant, cette déformation ne favorise pas la subluxation puisqu'elle rend l'axe du fémur sensiblement perpendiculaire au plan du toit du cotyle, ce qui réalise une meilleure contention de la tête.

La coxa-valga, fréquente dans les diverses statistiques, mais que nous n'avons rencontrée que dans trois cas, a tendance à favoriser la subluxation en rendant l'appui plus oblique.

Evolution du massif trochantérien.

Il a au départ, dans la plupart des cas, le même retard que toute l'extrémité supérieure du fémur luxé. Cependant, si par la suite il redevient souvent normal, en même temps que

tendent à se normaliser le col et la tête, il s'hypertrophie parfois. La déformation augmente parallèlement à celles du col et de la tête.

Le petit trochanter, dans plusieurs clichés, est plus volumineux que normalement, et dans un cas (observation n° 16), le petit trochanter hypertrophié est situé contre le bassin, rappelant l'image d'une ostéotomie d'appui.

Evolution du cotyle.

Le cotyle de ces enfants déjà assez grands n'est jamais radiologiquement normal au début. Le plus souvent, le toit est fuyant, presque vertical. Parfois c'est un défaut de profondeur. Il est difficile d'affirmer une hypertrophie et une interposition du limbus, car aucune arthrographie n'a été pratiquée chez ces sujets. Mais on peut la soupçonner dans un cas (observation n° 11), où il y a eu une pseudo-réduction.

Puis, dans le tiers des cas, le cotyle a une évolution normale : le toit se forme, la cavité se creuse. Mais il conserve cependant un retard assez important sur les hanches saines. Bien que certains auteurs, comme Schede, pensent qu'il n'y a pas à espérer de reconstitution du cotyle chez les enfants traités après l'âge de 7 ans, nous en avons un tiers (5 sur 15) qui sont devenus normaux ou sensiblement normaux (angle C = 20 à 25°).

Certains cotyles, et c'est la majorité, restent aplasiques ou ne subissent qu'une ébauche d'évolution. Dans trois cas, il fut nécessaire de faire une butée pour éviter la reluxation. Enfin, quelques-uns présentent actuellement une densification du toit et un comblement progressif de la cavité, tandis que la tête en regard présente, elle aussi, des signes d'arthrite chronique.

Evolution des rapports entre les surfaces articulaires.

Les hanches bien centrées dès le début, le restent le plus souvent.

Celles qui ont gardé une subluxation résiduelle ont fait dans les deux tiers des cas un syndrome d'arthrite chronique vingt à trente ans après la réduction.

D'autres subluxations se sont constituées, probablement en raison de l'antéversion du col, qui favorise l'issue de la tête hors du cotyle.

Cinq reluxations se sont produites : l'une neuf mois après une réduction difficile; une autre (bilatérale) après une fausse réduction. La troisième (bilatérale) malgré une réduction satisfaisante, se reluxe un an après à cause de son instabilité.

Evolution de la hanche normale.

Le plus souvent, dans les luxations unilatérales, la hanche opposée reste normale. Mais, comme l'avait déjà montré la statistique Mogens Winge, en 1943, elle dévie parfois de la normale.

Nous avons remarqué cette évolution défavorable dans un tiers des cas. La hanche normale au départ tend à se subluxer. Le cotyle reste moins profond que normalement et l'appui de la tête devient moin bon. Le cas le plus typique (figure 9) montre une tête fémorale qui n'est plus appuyée qu'à la moitié, vingt-sept ans après une radiographie qui montrait une hanche normale (figure 7).

Est-ce dû au traitement subi par l'autre hanche ? A l'immobilisation prolongée ? Peut-être est-ce une évolution suivant la logique de cette malformation et non suivant notre logique à nous : de même que certaines luxations congénitales guérissent spontanément, de même des hanches saines en apparence dévient peut-être vers la subluxation. Ce problème sera repris.

CHAPITRE IX

QUELQUES COMPARAISONS

Il a paru intéressant de rapprocher certaines hanches traitées après cinq ans, et prises abolument au hasard dans la statistique, de hanches traitées entre deux et trois ans. Pour cela, nous avons donc cherché dans la statistique Poisson qui, nous l'avons dit, offre le double avantage d'avoir subi la même technique de traitement exécutée par le même chirurgien (le Professeur Rocher).

Nous avons pris au hasard neuf hanches (trois luxations bilatérales et trois luxations unilatérales) et nous avons cherché des hanches traitées entre deux et trois ans ayant :

— Le même type de luxation (S.L. - L.B. - L.M. - L.H.).

— Le même traitement.

— Le même âge actuel.

Mais nous avons eu bien des difficultés pour réunir à la fois ces trois caractères, surtout dans les luxations bilatérales n'ayant pas le même degré à droite et à gauche.

A cette occasion, nous avons fait deux constatations : tout d'abord, dans les luxations bilatérales dont les deux hanches ne sont pas au même niveau, c'est presque toujours la hanche droite qui est la plus basse des deux (75 % des cas dans notre statistique).

D'autre part, si les luxations hautes sont très fréquentes après l'âge de 5 ans, elles sont infiniment plus rares avant, de même que les luxations moyennes.

Pour ne pas répéter encore ces observations fastidieuses qui encombrent déjà trop notre thèse, nous avons résumé les résultats de nos comparaisons dans le tableau suivant :

Stat. Poisson	Type	Résultats	Notre stat.	Type	Résultats
Mlle A... (2 ans)	L. B. L. M.	Médiocre Médiocre	N° 14 (7 ans)	L. B. L. M.	Médiocre Mauvais
Mlle B... (2 ans)	S. L. L. M.	Excellent A. B.	N° 19 (7 ans et demi)	S. L. L. M.	A. B. Mauvais
Mlle C... (2 ans et demi)	S. L. L. M.	A. B. Mauvais	N° 22 (8 ans et demi)	S. L. L. M.	A. B. Mauvais
Mlle D... (4 ans)	L. H.	Médiocre	N° 21 (8 ans)	L. H.	A. B.
Mlle E... (2 ans)	L. M.	A. B.	N° 5 (6 ans)	L. M.	Mauvais
Mlle F... (3 ans)	L. B.	A. B.	N° 8 (6 ans)	L. B.	A. B.

Nous voyons donc que :

1° Bien des résultats sont comparables : trois observations sur six (A - C - F) donnent des résultats parallèles (soit 5 hanches sur 9).

2° Deux observations donnent de meilleurs résultats pour les hanches traitées à l'âge de 3 ans (3 hanches sur 9).

3° Une observation donne un meilleur résultat dans notre statistique, donc traitée après cinq ans.

Donc, dans ces observations, prises, nous le répétons, absolument au hasard (à l'exclusion des critères énoncés ci-dessus), nous voyons que l'influence du moment où la réduction a été faite est beaucoup moins nette que dans les chiffres globaux rapportés plus haut, puisque dans six cas sur neuf (soit les deux tiers) les hanches traitées après cinq ans ont des résultats au moins aussi bons que les autres.

Que masque donc le facteur « temps » ? Quel est le caractère qui, variant avec lui, semble rendre le temps perdu responsable des mauvais résultats chez les luxations traitées tard ?

Il semble que nous puissions proposer maintenant une réponse à cette question. Dans les observations ci-dessus, nous avons réuni trois critères : l'âge de la réduction, que nous avons fait varier (luxations réduites avant trois ans et luxations réduites après cinq ans), l'âge actuel, qui est le même dans chaque comparaison, et le degré de luxation, qui est aussi le même dans chaque comparaison. Si nous arrivons à éliminer l'influence de deux d'entre eux, nous pourrons dire que le troisième seul a une influence sur les résultats. Or, bien que nous ayons fait varier l'âge de début, les résultats changent peu d'une statistique à l'autre. C'est donc qu'ils sont en corrélation plus étroite avec les deux autres critères : le degré de luxation et l'âge actuel de la malade.

Or, toutes ces malades ont un recul compris entre seize et vingt-neuf ans, et nous avons montré que dans cette période, les résultats subissaient peu de changement. Donc, aucune influence de ce facteur.

Reste donc le dernier critère : il semble que si les résultats de la statistique Poisson pris ici sont parallèles aux nôtres, c'est parce que nous avons comparé les mêmes types de luxation : S.L. avec S.L. - L.H. avec L.H., etc...

Or, il est démontré depuis longtemps que, quel que soit l'âge de la réduction, plus les luxations sont élevées, plus le pronostic est sombre. Il suffira donc, dans la statistique Poisson, que les pourcentages de luxations hautes, moyennes, basses, soient différents des nôtres pour qu'une comparaison qui paraissait légitime ne le soit plus du tout.

Nous avons vérifié ce fait. Les luxations hautes sont extrêmement rares et les luxations moyennes sont peu fréquentes jusqu'à l'âge de trois ans. La fréquence est un peu plus grande entre trois et cinq ans. Elles sont la majorité après l'âge de cinq ans. Nous retrouvons donc ici les trois âges limites du

chapitre V : avant trois ans, entre trois et cinq ans, après cinq ans.

Le temps perdu avant la réduction, que l'on rend classiquement responsable de l'aggravation des résultats, semble donc masquer ce facteur : l'augmentation de fréquence des luxations moyennes et des luxations hautes. Ce facteur semble le seul responsable, puisque si l'on compare, comme nous venons de le faire, les résultats des luxations hautes (ou moyennes, ou basses) entre eux, ils sont comparables, que les hanches soient traitées à 3 ans ou à 7 ans.

Nous pouvons donc conclure que s'il y a une différence notable entre les résultats des hanches traitées jeunes et ceux que nous apportons, cela est dû uniquement au fait que des hanches qui auraient eu une luxation basse (et donc de bon pronostic) avant trois ans, ont une luxation moyenne ou haute (et donc de pronostic plus fâcheux) après l'âge de 7 ans.

De même, nous avions déjà remarqué au chapitre VI que la gravité des luxations bilatérales subissait beaucoup plus l'influence de ce laps de temps qui précède la réduction que les luxations unilatérales. Or, nous avons vu aussi que les proportions des luxations hautes et moyennes dans les luxations bilatérales est bien plus élevée, et de façon plus précoce, que dans les luxations unilatérales. Il semble donc que nous puissions dire que si les luxations bilatérales sont plus graves, c'est dû au fait que la tête du fémur se luxe plus haut, plus rapidement que dans les luxations unilatérales.

Le facteur « temps », dont on voit l'influence dans la plupart des statistiques, semble donc indirect, agissant sur la progression vers le haut de la tête du fémur luxée et lui donnant une position qui est le réel facteur de pronostic.

CHAPITRE X

Les meilleurs résultats.

Il serait intéressant de voir de plus près pourquoi certains résultats sont assez bons. Qu'est-ce qui les distingue des mauvais, à l'origine ou au cours de leur évolution ? Nous allons les reprendre presque tous.

Observation n° 1. — Luxation unilatérale : facteur favorable.

Traitée à l'âge de 5 ans. Donc relativement jeune par rapport aux autres cas. Mais nous avons vu que ce facteur a peu d'importance à partir de cinq ans.

Luxation basse : or, les luxations basses semblent avoir un bon pronostic. Non pas seulement dans notre statistique (ce qui serait alors une pétition de principe), mais aussi dans celles que nous avons consultées, Poisson en particulier.

Traitement habituel.

Réduction facile : donc pas de traumatisme, si souvent invoqué pour expliquer les déformations ultérieures.

Contention médiocre, pourtant : c'est le seul fait défavorable que nous puissions relever.

L'évolution a dû être normale, car la malade n'est jamais revenue depuis trente ans.

En somme, toutes les chances de réussite, pour autant qu'il y en ait après cinq ans, étaient de son côté.

Observation n° 2. — Luxation unilatérale : premier facteur favorable.

Traitée à l'âge de 5 ans.

Luxation moyenne. Facteur assez défavorable.

Traitement habituel.

Réduction facile. Mais ic encore contention médiocre.

Suites : La malade n'a pas été revue pendant vingt-six ans (cotyle parfait, appui excellent) s'il n'y avait une coxa-vara.

Donc ici deux facteurs classiquement défavorables : la contention médiocre et le degré moyen de la luxation ne semblent pas avoir joué un bien grand rôle.

Observation n° 8. — Luxation unilatérale. Traitée à 6 ans.

Type : luxation basse.

Réduction après ténotomie. Contention difficile.

Suites : La malade est perdue de vue pendant quinze ans.

Ici encore deux facteurs défavorables : la réduction n'est possible qu'après ténotomie, la contention est difficile.

Facteurs favorables : unilatérale, basse, pas de complication.

Observation n° 12. — Subluxation bilatérale. Aspect symétrique au départ. Traitée à cause de la laxité articulaire et des cotyles très fuyants.

Pas de réduction puisque les têtes sont en place.

Suites : semblent normales à la fin du traitement.

Recul : 21 ans.

Pourtant, actuellement, si la hanche droite a un assez bon résultat, la gauche est beaucoup moins bonne : la tête est assez déformée, le cotyle est insuffisant, et l'appui mauvais. Or, ces deux hanches avaient le même aspect au départ, ont subi le même traitement, n'ont pas eu de complication immédiate.

Observation n° 19. — Luxation bilatérale. Moyenne à gauche. Subluxation à droite.

Traitement habituel, après extension continue.

Réduction facile, mais contention médiocre.

Suites : raideur difficile à réduire, décollement épiphysaire à gauche, ostéochondrite bilatérale.

La hanche gauche, qui donna un mauvais résultats, avait contre elle divers facteurs : elle est plus élevée que la hanche opposée luxation moyenne . La raideur est plus accusée qu'à droite. D'autre part, existence d'un génu-valgum à gauche.

De l'autre côté, un facteur favorable qui ne joue pas à gauche : le degré moindre (subluxation).

Des deux côtés un facteur favorable. La facilité de la réduction, ce qui d'ailleurs n'empêche pas une ostéochondrite importante de survenir.

Des facteurs défavorables : la bilatéralité de l'affection, la contention médiocre mais est-ce vraiment un facteur défavorable pour le pronostic ? , la raideur importante, l'ostéochondrite, le recul important (29 ans).

Le facteur déterminant semble avoir été ici le degré de luxation. Tous les facteurs défavorables qui paraissaient ici réunis pour aboutir à un échec, n'ont pas eu grande influence.

Observation n° 21. — Luxation unilatérale. Haute.

Réduction rapide et facile. Un plâtre pendant deux mois. Deux extensions continues successives.

Suites normales. Recul 29 ans.

Le résultat est assez bon. Il y avait d'ailleurs bien des facteurs favorables : unilatérale, réduction facile, pas de complication. Pourtant il existait un facteur défavorable très important : la hauteur de la luxation qui n'a pas empêché une réduction facile).

Il faut reconnaître cependant que ce résultat assez bon est dû à une butée spontanée qui prolonge le toit d'un cycle insuffisant (fig. 6).

Observation n° 22. — Encore une luxation bilatérale dont un seul côté évolue favorablement.

A droite : subluxation. A gauche : luxation moyenne. Réduction à 8 ans et demi.

Réduction facile.

Traitement habituel.

Suites : butée à gauche deux ans plus tard. Ici aussi le degré de luxation semble jouer un rôle capital. En dehors de ce facteur, tout paraissait favorable pour la hanche gauche. Pourtant, l'enfant était âgée de 8 ans et demi et le cotyle, plus oblique qu'à droite au départ, n'avait aucune tendance à se former, d'où la nécessité d'une butée.

Ces observations nous montrent que les meilleurs résultats de notre statistique ont rassemblé la plupart des facteurs favorables :

Type de luxation : subluxation ou luxation basse la plupart du temps. Une luxation moyenne et une luxation haute en font partie, mais leur réduction a été facile et il n'y a pas eu la moindre complication.

Réduction : elle est facile dans tous les cas (pourtant deux fois après ténotomie).

Suites : elles sont simples, sauf dans deux cas qui ont été suivis d'une grosse raideur (l'un des deux a eu, en outre, une ostéochondrite importante).

Facteurs défavorables. — En dehors du type de luxation, ils doivent être mineurs puisqu'ils ont relativement peu joué :

- Contention difficile : dans la moitié des cas on remarque une contention médiocre ou difficile. Il ne semble donc pas que ce facteur ait une grande influence.
- Suites difficiles : raideur, ostéochondrite. Dans deux cas, elles ne semblent pas avoir eu une très grande influence. Il est vrai que d'autres facteurs favorables contre-balançaient ceux-ci.

Luxation haute : Il y en a une. Or le résultat est assez bon. Comme le degré de luxation paraît être un facteur important, nous accuserons le « génie » de la malformation qui a permis que cette évolution soit favorable.

Si l'on cherche dans les mauvais résultats, on trouve la plupart des facteurs défavorables réunis, et très

peu de facteurs favorables égarés çà et là. Prenons au hasard :

Observation n° 16. Luxation bilatérale. Haute à droite. Moyenne à gauche.

Age du traitement : 7 ans. Réduction très difficile après ténotomie.

Suites : raideur très importante. Fracture du col du fémur gauche après reluxation de la tête. Ostéochondrite en fin de traitement.

Recul : 28 ans. Actuellement : arthrose.

Ici, pas un seul facteur favorable. Le recul même a joué contre elle, puisqu'elle semble faire partie de ces luxations qui après 25 ans se dégradent : arthrose récente d'un côté, sur une hanche dont le résultat aurait pu être assez bon.

Pourtant il faut aussi reconnaître que certaines hanches qui, au départ, semblaient pouvoir donner un bon résultat, ont eu une évolution décevante.

C'est le cas de certaines luxations bilatérales que nous venons de citer, symétriques au départ, donnant pourtant un bon et mauvais résultat (n° 12 par exemple).

C'est aussi le cas de l'observation n° 7. Luxation unilatérale. Traitée à 6 ans. Réduction facile. Bonne contention. Suites normales. Puis, quinze ans après, la malade se plaint de douleurs au niveau de sa hanche, mais la radiographie pratiquée ne montre rien d'anormal. Actuellement : signes fonctionnels médiocres; signes radiologiques mauvais.

La plupart des résultats assez bons semblent donc s'expliquer par la présence de facteurs favorables, dont le principal paraît être le type de la luxation.

La plupart des résultats médiocres ou mauvais semblent dus à la présence des facteurs défavorables et à l'absence des facteurs favorables que nous avons cités ci-dessus. Il reste

cependant des réussites et des échecs inexplicables. Aussi, nous conclurons que chaque hanche luxée garde en elle un génie particulier qui donne un caractère parfois imprévisible à son évolution.

CONCLUSIONS

Traitées orthopédiquement aprés l'âge de 5 ans, les luxations congénitales de la hanche donnent 25 % d'assez bons résultats.

Les résultats fonctionnels sont bons dans 40 % des cas et assez bons dans 23 %.

Les résultats anatomiques sont au moins assez bons dans 30 % des cas.

L'âge de la réduction n'a aucune influence sur les résultats, chez l'enfant traité aprés 5 ans.

Les luxations unilatérales ont un pronostic bien meilleur que les bilatérales.

Le degré de luxation a une très grande influence. Les résultats sont d'autant meilleurs que la luxation est plus basse.

Les résultats, relativement stables entre quinze et vingt-cinq ans de recul, subissent aprés trente ans une dégradation très sensible.

L'évolution de la hanche traitée subit un retard sur la normale. Le cotyle se forme bien dans un tiers des cas chez les enfants traités aprés 7 ans. Les subluxations résiduelles sont responsables d'un grand nombre de cas d'arthrite chronique.

Dans les luxations unilatérales, la hanche normale tend à devenir insuffisante dans le tiers des cas.

Aprés un paralléle entre hanches traitées entre deux et trois ans et hanches traitées entre six et huit ans, il semble que seul le degré de luxation ait une influence sur les résultats, et non pas l'âge de la réduction.

Les meilleurs résultats s'expliquent presque tous par la présence de facteurs favorables, comme luxation basse, unilatéralité, réduction facile, sans de complication immédiate.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe : ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :

Le Doyen :

R. SIGALAS.

Le Président de Thèse :

POUYANNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Bordeaux, le 18 Novembre 1955.

Le Recteur :

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Aines. — Résultats éloignés du traitement non sanglant des luxations congénitales de la hanche. Thèse Lyon, 1939.

Annovazi. — Rapport sur les résultats éloignés du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche. *Arch. di Ortop.*, vol. 49, fasc. 1.

Audibert. — Coxarthroses et coxites. Thèse Bordeaux, 1953.

Bargellini. — Résultat du traitement non sanglant de la L.C.H. *Arch. di Ortop.*, vol. 36, fasc. 2.

Becker — Contribution au résultat éloigné du traitement non sanglant de la L.C.H. *Journ. de Chir.*, 1934 (II, 830).

Bernbeck. — Causes de la reluxation précoce et tardive. *Zschr. Orthop.*, 1950, 79, suppl. 201-207.

Bertrand. — Luxation congénitale de la hanche chez les grands enfants et les adultes. *Sem. des Hôp. de Paris*, 18 mai 1949, n° 37, pp. 1584-1588.

Bertrand (P.) et Guias (H.). — Les subluxations résiduelles de la hanche après traitement des luxations congénitales. *Rev. Orthop.*, avril-juin 1950, 36, n°s 3-4, 110-123.

Bost, Hagey. — Résultat du traitement de la L.C.H. dans l'enfance. *Journ. de Chir.*, 1949, t. LXV, n°s 7-8, p. 492.

Brau-Tapie. — Luxations congénitales de la hanche. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, p. 686, 20 septembre 1935.

Bruce Gill (A.). — Les résultats définitifs du traitement de la L.C.H. *Journ. de Chir.*, 1949, p. 492.

Calot. — Récentes acquisitions sur la L.C.H. *Pr. Méd.*, 1920, n° 68.

Curcio. — Nouvelle méthode de réduction non sanglante de la L.C.H. *Rev. d'Orthop.*, 1929, 59, Sq.

Delchef. — L'antéversion, cause de reluxation tardive de la L.C.H. réduite. *Rev. d'Orthop.*, 1928, 703.

Dubousquet (M.). — L.C.H. Interprétation génétique du cadre nosologique et de quelques formes cliniques. *Sem. des Hôp. de Paris*, 18 juin 1949, 25, n° 45.

Faugeron. — Etude critique du résultat du traitement orthopédique de la L.C.H. chez le jeune enfant. Thèse Paris, 1939.

Fouchet (J.). — Le traitement orthopédique de la L.C.H. a-t-il fait faillite ? *Sem. des Hôp. de Paris*, 26 octobre 1952, *28*, n° 79, 3191-3194.

Fritzsche (K. H.). — Résultats tardifs de la L.C.H. *Zschr. Orthop.*, 1952, *82*, n° 2, 228-239.

Froehlich. — Les résultats éloignés dans le traitement des L.C.H. par la réduction non sanglante. *Rev. Orthop.*, novembre 1921.

Gickler, Meurer. — Recherches sur les résultats éloignés de la réduction non sanglante de la L.C.H. *Rev. Orthop.*, novembre 1938, p. 747.

Guilleminet, Stagnara (P.), Fäysse et Bertrand (L.). — Le traitement orthopédique des L.C.H. contrôlé par l'arthrographie. *Rev. Chirurg. Orthop.*, octobre-décembre 1952, *38*, 476-493.

Gourdon et Meary. — Rapport de la XXIX^e^ Réunion annuelle d'Orthopédie, Paris. *Rev. Orthop.*, t. XL, n^os^ 3-4, pp. 323-402.

Lance (M.). — La luxation congénitale de la hanche. In *Traité de Chir. Orthop.* (Masson, Paris 1937), t. IV, p. 3047 à 3179.

Lange (F.). — Comment peuvent être améliorés les résultats définitifs du traitement de la L.C.H. *Arch. di Ortop.*, vol. 49, fasc. 2.

Lange (M.). — Résultats tardifs du traitement de la L.C.H. Congrès de la Soc. Allemande d'Orthop., septembre 1929.

Lamy. — L.C.H. Statistique et mauvais résultats. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXV, n° 11.

Le Damany. — Luxation congénitale de la hanche (Maloine 1950).

Lespiauq. — Les guérisons spontanées de la L.C.H. Thèse Bordeaux 1954, 32 pages.

Leveuf. — Etude des résultats éloignés de la réduction non sanglante des L.C.H., *Journ. de Chir.* 1941, p. 10.

— Etat actuel du traitement des L.C.H. *Rev. Orthop.*, octobre-décembre 1948, *34*, n° 6, 347-354.

Lodes. — Les résultats tardifs de la reposition non sanglante des L.C.H. *Zschr. Orthop.*, 1950, *79*, suppl. 169-171.

Lorenz (A.). — Traitement actuel de la L.C.H. *Rev. Orthop.*, janvier-mars 1949, *35*, nos 1-2, 65-68.

Mässie et Howorth. — La luxation congénitale de la hanche. Méthode de graduation des résultats. *Journ. Bone Joint Surg.*, juillet 1950, *32*, A. n° 3, 519-531.

Memmi. — Résultats éloignés de la réduction orthopédique dans la L.C.H. *Rev. Orthop.*, 1939-1940, p. 769.

Mogens-Winge. — Résultats de la réduction orthopédique de la L.C.H., *Rev. Orthop.*, 1943, p. 54.

Muller (G. M.) et Seddon. — Résultats éloignés du traitement de la L.C.H. *Rev. de Chir. Orthop.*, avril-juin 1954, p. 293.

Nagura. — Au sujet de l'origine et de la nature des déformations de la tête du fémur après réduction. *Rev. Orthop.*, janvier-février 1939, p. 84.

Niederecker. — Le pronostic de la L.C.H. *Zschr. Orthop.*, 1950, *79*, suppl. 101-109.

Nin (M.). — Notes sur la L.C.H. Recherches étiologiques. *Bordeaux Chirurgical*, juillet 1951, n° 3, 122-123.

Nové-Josserand. — Luxation congénitale de la hanche. *Rev. Orthop.*, 1er juillet 1912.

— Troisième réunion annuelle de la Société Française d'Orthopédie en 1921. *Rev. Orthop.*, 1921, p. 492.

Ombredanne. — La luxation congénitale de la hanche. In *Précis Clinique et Opératoire de Chirurgie Infantile* (Masson, Paris 1949), pp. 798-839.

Papin (Ed.). — Le traitement de la L.C.H. Thèse Bordeaux, 1919.

Petit (P.). — Luxation congénitale de la hanche. In *Nouveau Précis de Patol. Chir.* (Paris 1947), t. II, pp. 539-571.

Platou. — Luxation congénitale de la hanche. Quatre cent six cas de réductions orthopédiques. *Journ. de Chir.*, avril 1954, p. 367, et *Rev. de Chir. Orthop.*, octobre-décembre 1954, p. 578.

Poli (A.). — L.C.H. Relevé clinique statistique. *Arch. di Ortop.*, vol. 53, fasc. 1, mars 1937.

Poisson (R.). — Etude de deux cent soixante hanches luxées congénitalement et traitées orthopédiquement avant l'âge de cinq ans avec un recul de 10 à 32 ans. Mémoire pour le Concours de la Médaille d'or des Hôpitaux de Bordeaux, 1955.

Pouliquen. — Dépistage précoce de la L.C.H. *Inst. Méd.*, 17 août 1955, p. 386.

Pouyanne (L.). — Quelle place le traitement orthopédique doit-il garder dans la L.C.H. ? *Bruxelles Méd.*, 31 décembre 1950, n° 53, pp. 2752-2731.

Putti. — Résultats du traitement non sanglant de la L.C.H., *La Chir. Degli. Org. di. Mov.* (1933-1934).

Rocher (H.-L.). — Quelques points techniques dans le traitement des L.C.H. *Paris Chir.*, décembre 1927.

Rocher (H.-L.), Pouyanne (L.). — Résultats éloignés du traitement orthopédique de la L.C.H. *Acad. de Chir.*, 2 février 1938, p. 193.

Rocher (H.-L.), Pouyanne (L.). — Résultats éloignés du traitement orthopédique de la L.C.H. Réunion Orthop. de Bordeaux, 24 mars 1938. *Journ. de Méd. de Bordeaux* du 10 décembre 1938, p. 658.

Rocher (H.-L.), Pouyanne (L.). — Note pratique dans le traitement de la L.C.H. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 2 avril 1938, pp. 391-396.

Salmon. — Etat actuel du traitement des L.C.H. *Soc. de Chir. de Marseille*, 16 janvier 1949, et *Presse Méd.*, 16 avril 1949, p. 348, n° 25.

Schede. — Le traitement non sanglant de la L.C.H. *Zschr. Orthop.*, 1950, 79, suppl. 133-140.

— Résultat de notre traitement de la L.C.H. *Journ. de Chir.*, 1942, p. 238.

Séverin. — Résultats éloignés du traitement non sanglant de la L.C.H., *Rev. Orthop.*, 1943, p. 55.

Skovron. — Traitement de la L.C.H. chez les enfants âgés. Thèse Nancy 1939.

Trèves (A.). — Traitement orthopédique de la L.C.H. chez l'enfant. *Soc. de Méd. et Chir. des Hôp. de Paris* du 3 juillet 1951, et *Presse Méd.* du 22 septembre 1951, p. 1250.